

Redaktion

L. Beck, Düsseldorf
 H. G. Bender, Düsseldorf
 E.-J. Hickl, Hamburg
 T. Schwenger, Dortmund

E.-J. Hickl¹ · F.-J. Pelz^{2*}¹ Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG, Hamburg² Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG, Münster

Risikomanagement zur Vermeidung von Arzthaftungsfällen in der Geburtshilfe

Die moderne Geburtshilfe und Neonatologie haben ein Maximum an Sicherheit für Mutter und Kind gebracht. Trotzdem erleben wir eine Flut von Klagen, Ansprüchen, Anträgen an Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen, Strafverfahren und sonstigen Auseinandersetzungen zwischen Eltern auf der einen und Ärzten auf der anderen Seite.

Gründe dafür sind

- gestiegenes *Anspruchsdenken* der Patienten angesichts der *Fortschritte der Medizin*,
- *gesunkenes Vertrauen* – gefördert noch durch Pressepublikationen und Rechtsanwälte,
- steigende Personalknappheit mit daraus resultierender Überbeanspruchung der geburtshilflichen Einrichtungen sowie
- eine wenig arztfreundliche *Rechtsprechung* mit ihren vielfältigen Beweiserleichterungen, z. B. bei groben Behandlungsfehlern und unzulänglicher Dokumentation.

Die Zahl der Arzthaftungsklagen in Deutschland liegt heute bei etwa 10.000 Fällen pro Jahr, 1980 waren es noch 800. Gemeldet werden den Versicherern sogar etwa 40.000 Fälle pro Jahr, ein Großteil wird durch einen Vergleich außergerichtlich beigelegt.

— Zweifellos sind viele Klagen, deutlich mehr als 50%, nicht berechtigt, aber auch unberechtigte Klagen bedeuten eine schwere Beeinträchtigung für den betroffenen Arzt.

Er muss sich rechtfertigen – mit allen Begleiterscheinungen wie Rufschädigung durch negative Publizität.

Bei der *Schadenshöhe* (nicht der *Schadenshäufigkeit*) nimmt in der Medizin die Geburtshilfe den ersten Rang ein. Die Schadenssummen bei Geburtsschäden sind sehr hoch. Bei schwer geschädigten Kindern sind sie in der Regel mit mehreren Millionen EUR anzusetzen. Dies kommt auch bei der Höhe der Haftpflichtversicherung zum Ausdruck (■ **Tab. 1**):

Der Chefarzt einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zahlt bei einer Deckungssumme von 3 Mio. EUR nur für Gynäkologie etwa 2000 EUR. Das neunfache, nämlich etwa 18.000 EUR, kostet es, wenn die Geburtshilfe mitversichert sein soll. Vergleichbares gilt für Belegärzte [2].

🔴 **Es gibt bereits Versicherer, die Geburtshilfe nicht mehr versichern**

Wie – schon länger – in den USA gibt es auch in Deutschland bereits Versicherer, die Geburtshilfe nicht mehr versichern.

Zur Vermeidung oder wenigstens Verringerung solcher Haftpflichtklagen

braucht es daher ein konsequentes *Risikomanagement*.

Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die wichtigsten *Ursachen der Haftpflichtprobleme* bekannt sind.

Die häufigsten Vorwürfe in der *Geburtshilfe* betreffen – in dieser Reihenfolge – Probleme des Kaiserschnitts (fast immer, weil nicht oder zu spät oder nicht fachgerecht durchgeführt), Schulterdystokien, übersehene Fehlbildungen sowie Infektionen und Zerebralpareesen.

Die Schwerpunkte variieren je nach den betroffenen Ärzteguppen [1]: Bei *Klinikärzten* überwiegen die *Kaiserschnitte* als Klagegrund, bei *Belegärzten* stehen die *Schulterdystokien* im Vordergrund, bei *niedergelassenen Ärzten* in der Praxis sind es die *übersehenen Fehlbildungen* (■ **Abb. 1**).

Klinikärzte

Beim Kaiserschnitt hat sich ein dramatischer Indikationswandel vollzogen (■ **Tab. 2**).

Die Sectiorate hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt und steigt weiter. Der bayerischen Perinatalerhebung zufolge liegt sie jetzt bei 30%. Fast jede dritte Geburt ist also heute ein Kaiserschnitt.

Wichtigste Ursache für diesen Anstieg ist eine veränderte ärztliche Verhaltens-

* F.-J. Pelz war Vorsitzender Richter am OLG Hamm.

Tab. 1 Jahreshaftpflicht Gynäkologie (mit Geburtshilfe), Deckungssumme 3 Mio. EUR, stationär und ambulant. (Mod. nach [3])

	Gynäkologie (EUR)	Mit Geburtshilfe (EUR)
• Assistent (Facharzt)	603	2200
• Oberarzt	1085	4445
• Chefarzt	2109	18.145
• Niedergelassener Arzt (10 Belegbetten)	4550	18.025

Tab. 2 Anstieg der Sectiorate (bayerische Perinatalerhebung)

Jahr	Anzahl (n)	Rate (%)
1983	11.790	13,5
1989	15.797	15,2
1995	20.194	18,2
1998	23.306	20,7
2000	23.277	21,6
2002	26.134	25,8
2004	30.544	28,6
2005		
2006		31,0

Tab. 3 Sectioraten von Universitätskliniken 2005

Klinik	Sectiones (%)	Klinik	Sectiones (%)
Berlin Charité I	26,4	Köln	56,0
Berlin Charité II	28,2	München LMU	24,4
Bonn	41,0	München TU	33,3
Düsseldorf	42,1	Ulm	24,0
Hamburg	28,3	Würzburg	30,5
Heidelberg	44,0	Basel	24,1
Kiel	33,3	Wien	42,5

Tab. 4 Geburtenzahl und Sectiorate 2005

Klinik	Geburten (n)	Sectiones (%)
Klinikum Krefeld	1200	25,0
UFK Bonn	1236	41,0
UFK Kiel	1371	33,3
UFK Würzburg	1352	30,5
UFK Düsseldorf	1506	42,1
UFK Basel	1878	24,5
Marienkrankenhaus Hamburg	2154	29,3
UFK Ulm	2195	24,0
UFK Wien	2300	42,5
UFK München LMU	2323	24,4
HSK Wiesbaden	2531	31,9
FK Berlin Neukölln	3199	24,9
UFK Charité Virchow	3365	26,4

Tab. 5 Sectiorate und Sectioindikation. (Mod. nach [6] und nach der niedersächsischen Perinatalerhebung)

Bei einer Sectiorate von 13–20% ist nur in 3 von 11 Kliniken die primäre Sectio häufiger als die sekundäre.

Bei einer Sectiorate von 36–53% ist in 11 von 21 Kliniken die primäre Sectio häufiger als die sekundäre.

weise und ein wachsendes Sicherheitsbedürfnis, und zwar auf beiden Seiten. Dazu kommt noch eine gewandelte Einstellung der Frauen zur Geburt, die immer häufiger von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen. Die deutsche Rechtsprechung räumt ihnen ausdrücklich ein Mitspracherecht bei der Wahl des Entbindungsmodus ein.

➤ **Kliniken mit hohen Sectiofrequenzen sind oft solche mit relativ wenigen Entbindungen**

Die Sectiofrequenzen in einzelnen Kliniken und Abteilungen zeigen jedoch eine hohe Schwankungsbreite. Für das Jahr 2005 fand sich bei einer Umfrage an deutschsprachigen Universitätskliniken (■ **Tab. 3**) eine durchschnittliche Sectiofrequenz von 34%. Die Zahlen variieren in einem weiten Bereich, sie liegen zwischen 24 und 56%. Kliniken mit hohen Sectiofrequenzen sind oft solche mit relativ wenigen Entbindungen.

Bezieht man noch die Geburtenzahlen mit ein, so zeigen sich auch hier dabei große Schwankungen (■ **Tab. 4**), wenngleich bei hohen Entbindungszahlen eine deutliche Tendenz zu niedrigeren Sectioraten zu erkennen ist [4].

Dass die sog. „Sectio auf Wunsch“ ein Grund für den Anstieg der Kaiserschnitte sei, ist ein unberechtigtes Vorurteil. Die großen Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken lassen sich so nicht erklären. Die echte Wunschsectio, nämlich ein Kaiserschnitt ohne eine medizinische Indikation (z. B. aus astrologischen Gründen oder dergleichen), ist extrem selten.

Frauen, die einen Kaiserschnitt wünschen, haben fast immer ein nachvollziehbares Motiv – in erster Linie mehr Sicherheit für das Kind.

In dem Maße, in dem sich die Müttersterblichkeit bei vaginaler Geburt und bei elektiver Schnittentbindung einander nähern (die Relation beträgt Welsch zufolge nur noch 1:1,46; [7]) erhöht sich auch der Stellenwert der Vermeidung von Schmerzen und Schädigungen des Beckenbodens und der Prophylaxe kindlicher Schädigungen.

Hauptursache für den Anstieg der Kaiserschnittsrate sind organisatorische und

personelle Gründe des Arztes und des Krankenhauses, z. B. wenn eine Risikoentbindung lieber in der Kernarbeitszeit durch erfahrenes Personal mit der sofortigen Einsatzmöglichkeit von Konsiliarabteilungen durchgeführt werden soll oder wenn nicht alle Diensthabenden ausreichend Erfahrung in der Leitung einer vaginalen Risikogeburt haben.

Oft ist der Grund für eine defensive Sectioindikation auch die Sorge vor Schäden mit haftungsrechtlicher Verantwortung: Durch die reduzierten Bereitschaftsdienste und die relativ große Zahl an geburtshilflichen Abteilungen mit wenigen Geburten haben Ärzte in der Ausbildung mit den vorgeschriebenen Arbeitszeiten häufig nicht mehr genügend Erfahrung in der Leitung von Risikoentbindungen. (In Nordrhein-Westfalen beispielsweise hatten 2004 35% aller geburtshilflichen Abteilungen weniger als 500 Geburten pro Jahr, 10% sogar weniger als 250.)

Berg [2] konnte zeigen, dass in Abteilungen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr zwischen 18.00 und 22.00 Uhr wesentlich häufiger Kaiserschnitte vorgenommen werden als in größeren Einheiten.

Auch sind immer weniger junge Kollegen heute noch mit der Leitung einer Beckenendlagegeburt oder einer Zwillingsentbindung vertraut.

Für die überwiegend prophylaktische bzw. defensive Ursache der Zunahme der Kaiserschnitte sprechen auch die Ergebnisse der niedersächsischen Perinatalerhebung:

Rauskolb u. Wenzlaff [6] stellten fest, dass die durchschnittliche Sectiorate umso höher ist, je kleiner die Geburtenzahl ist und umgekehrt. Dazu passt auch die Beobachtung, dass primäre Sectiones umso häufiger sind, je höher die Kaiserschnittsfrequenz ist (■ Tab. 5).

➤ Der Anstieg der Kaiserschnitte hat organisatorisch-strukturelle und prophylaktische Gründe

Wir müssen uns also darüber im Klaren sein, dass der Anstieg der Kaiserschnitte mit seiner erweiterten relativen Indikation im Wesentlichen organisatorisch-strukturelle und prophylaktische Gründe hat.

Gynäkologe 2008 · 41:147–152 DOI 10.1007/s00129-007-2097-1
© Springer Medizin Verlag 2008

E.-J. Hickl · F.-J. Pelz

Risikomanagement zur Vermeidung von Arzthaftungsfällen in der Geburtshilfe

Zusammenfassung

Zur Vermeidung von Haftpflichtklagen in der Geburtshilfe ist ein konsequentes *Risikomanagement* erforderlich. Häufigster Vorwurf ist eine nicht, nicht rechtzeitig oder nicht kunstgerecht vorgenommene Sectio, es folgen Probleme der *Dokumentation* bzw. der *Aufklärung*. Ein dramatischer Indikationswandel hat die Sectiorate in den letzten 20 Jahren verdoppelt, und sie steigt weiter. Ursachen sind u.a. eine veränderte Einstellung der Schwangeren und wachsendes Sicherheitsdenken bei Patientinnen und Ärzten: Prophylaktische Sectiones aus *organisatorischen* oder *personellen* Gründen werden immer häufiger. Oft sind *Organisationsmängel* die Ursache für Behandlungsfehler: Eine der wichtigsten *Aufgaben* des Abteilungsleiters und des Krankenhausträgers ist der ärzt-

liche *Personaleinsatz*. Dazu gehört die Einhaltung des *Facharztstandards*, die Berücksichtigung und Bewertung von *Richtlinien* und *Leitlinien*, die Aufstellung von *Plänen* und *Dienstanweisungen* zur Sicherstellung des Einsatzes hinreichend befähigter Ärzte, die Überwachung von Ärzten in *Weiterbildung* und die Verantwortung für *Belegärzte*. Dazu gehört auch die Sicherstellung eines kompetenten Bereitschaftsdienstes, v. a. die *Eintreffzeiten* bei der Rufbereitschaft werden forensisch immer mehr diskutiert.

Schlüsselwörter

Arzt Haftungsprobleme · Risikomanagement · Kaiserschnittsindikation · Organisationsverantwortung · Pränataldiagnostik

Risk management for avoidance of medical liability cases in obstetrics

Abstract

A consistent risk management is indispensable to avoid liability claims in obstetrics. The most frequent complaints are a cesarian section either not carried out at all or not in time or not correctly, followed by problems of documentation or information. A dramatic change in indications has led to a duplication of the number of cesarian sections during the last 20 years, and the rate is still increasing. The reasons, among others, are a change in the attitude of pregnant women and increasing safety considerations of both patients and obstetricians. Preventive cesarian sections are becoming more common due to organisational and personnel reasons. An insufficient organisation is often the reason for errors in medical treatment. One of the most important duties of the head of the medical department and the hospital manage-

ment is the organisation of the medical staff, which also includes maintaining the standards of medical specialisations, the consideration and the evaluation of guidelines, the arrangement of schedules and service regulations to sustain the employment of sufficiently qualified obstetricians, surveillance of physicians in further education and responsibility for non-resident obstetricians. This also includes guaranteeing a competent emergency service as, in particular, the arrival times of the on-call team are becoming jurisdictional more important.

Keywords

Medical liability problems · Risk management · Cesarian section indications · Organisation responsibility · Prenatal diagnostic

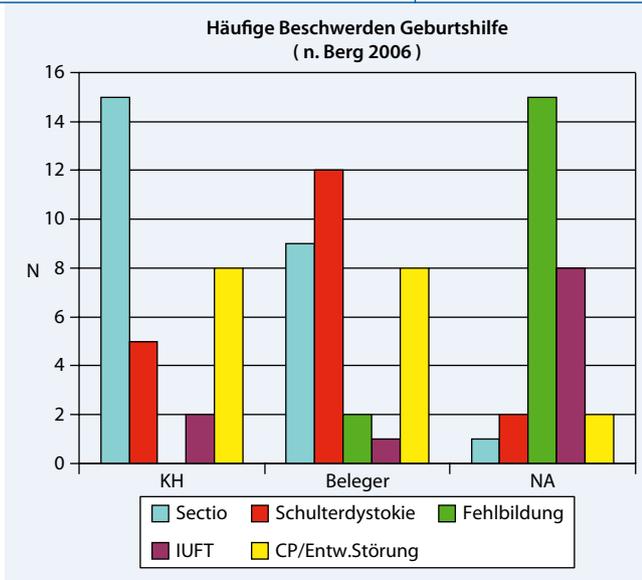


Abb. 1 Häufige Beschwerden Geburtshilfe. (Mod. nach [1]) (KH Krankenhäuser, NA niedergelassene Ärzte)

Belegärzte

Ist bei den Krankenhäusern die Sectio das häufigste Haftpflichtproblem, so werden bei *Belegärzten* besonders häufig *Schulterdystokien* mit Plexusparesen moniert (▣ **Abb. 1**).

Zu den Ursachen können nur Vermutungen angestellt werden: Denkbar ist, dass in vielen Fällen der Arzt (der die Patientin allerdings meist kennt) nicht rechtzeitig über die Aufnahme einer Schwangeren mit prädisponierenden Faktoren für eine Schulterdystokie informiert wird. Dadurch wird der Zeitpunkt für eine Aufklärung über eine primäre Sectio als Alternative versäumt – ein regelmäßig vorgetragener Vorwurf.

▣ Bei Schulterdystokie-Risiko muss auf die Alternative primäre Sectio hingewiesen werden

Die Gebärende muss vor oder bei Geburtsbeginn auf die Alternative einer primären Sectio hingewiesen werden, wenn Befunde oder Anamnese eine Schulterdystokie wahrscheinlich machen (z. B. Zustand nach Schulterdystokie, Adipositas, Diabetes, Makrosomie).

Ein weiterer häufig dabei erhobener Vorwurf gegen den Arzt ist die mangelhafte *Dokumentation*. Die Manöver zur Behebung der Schulterdystokie müssen nicht nur korrekt durchgeführt, sondern sie müssen auch sorgfältig und exakt be-

schrieben sein, wenn sich ein Gutachter ein Urteil über die Qualität des Vorgehens machen soll. Sind die einzelnen Behandlungsschritte nicht erkennbar, wird er die Frage nach dem richtigen Vorgehen des beschuldigten Arztes offen lassen müssen. Das Gericht verfügt hier häufig eine Beweiserleichterung für die klagende Patientin, indem es davon ausgeht, dass die notwendigen Maßnahmen nicht getroffen worden sind. Der Streitfall wird dann im Ergebnis mangels einer ausreichenden Dokumentation – und nicht wegen fehlerhaften Vorgehens! – zu Lasten des Arztes entschieden.

Gegen diese Regel wird von Belegärzten besonders in sehr kleinen Krankenhäusern immer wieder verstoßen.

Niedergelassene Ärzte

Bei den *niedergelassenen Fachärzten* in ihrer Praxis ist im Bereich der Geburtshilfe heute der Schwerpunkt der Arzthaftungsklagen die *pränatale Diagnostik*. Sie war früher seltener vertreten. Dieses Gebiet mit seinen immer aussagekräftigeren Untersuchungsmethoden ist erst in neuerer Zeit in den Haftungsklagen vertreten. Der Arzt kann haften, wenn ein sonst auf Verlangen der Schwangeren durchführbarer rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch unterbleibt, weil er

- durch Fehler bei der Anamnese abklärungsbedürftige Risiken nicht erkennt,

- diagnostische Maßnahmen entgegen den Richtlinien nicht anbietet,
- das Risiko einer Behinderung oder Fruchtschädigung falsch darstellt,
- Fragen der Schwangeren in dieser Beziehung falsch beantwortet,
- erhobene Befunde missdeutet,
- bei auffälligem Befund eine Überweisung zur weiteren Abklärung unterlässt,
- die Patientin falsch über die Auswirkung der Befunde (Schwere der Behinderung, Therapierbarkeit) informiert.

Entscheidend ist auch hier die *Dokumentation*. Der Vorwurf, eine Fehlbildung nicht rechtzeitig erkannt zu haben, lässt sich auch bei fachgerechtem Vorgehen nur dann entkräften, wenn dies auch aus der Dokumentation hervorgeht.

- **Im Falle einer Verurteilung können die Eltern zeitlich unbegrenzt den Ersatz der Unterhalts- und Pflegekosten verlangen.**

Risikomanagement zur Vermeidung von Haftpflichtklagen

Häufigster Haftungsvorwurf ist der *Behandlungsfehler*, gefolgt von Fehlern bei der *Dokumentation* und der *Aufklärung*.

Ein konsequentes Risikomanagement für deren Vermeidung muss bei der Behebung von *Organisationsmängeln* einsetzen:

Die Analyse von Katastrophenfällen durch die AG Medizinrecht hat immer wieder ergeben, dass diese nicht in erster Linie dadurch bedingt waren, dass etwa wichtige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nicht möglich gewesen wären, sondern sie waren die Folge *vermeidbarer organisatorischer Fehlleistungen*.

Eine der wichtigsten Maßnahmen des medizinisch Verantwortlichen oder des Krankenhausträgers muss die *Regelung des ärztlichen Personaleinsatzes* sein, sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis (▣ **Tab. 6**).

Dazu gehört in erster Linie die Einhaltung des *Facharztstandards*, auf den jede Patientin Anspruch hat. Dieser ist im Üb-

rigen weder positiv noch negativ an den formellen Facharztstatus gebunden. Im Einzelfall können auch einem Facharzt die erforderlichen Kenntnisse zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes fehlen. Andererseits genügt es im konkreten Fall, wenn ein Arzt in Weiterbildung die Behandlung so beherrscht, „wie das von einem Facharzt erwartet werden muss“.

Hilfreich für den fachärztlichen Standard sind auch *Leitlinien* und *Richtlinien*. Zu warnen ist jedoch von ihrer kritiklosen Befolgung. Entgegen einer häufig geäußerten Meinung stellen sie als „Handlungsempfehlungen“ nur einen *relativen* Maßstab dar. Ihre Nichtbeachtung hat also nicht automatisch eine Beweislastumkehr zu Folge. Man ist aber im Normalfall immer gut beraten, wenn man sich an sie hält.

Die für den *Personaleinsatz* Verantwortlichen haben durch die Aufstellung von Plänen und Dienstanweisungen dafür zu sorgen, dass für die jeweilige Tätigkeit hinreichend befähigte Ärzte eingesetzt werden, die auch nicht durch Überlastung eine Gefährdung der Patientensicherheit darstellen. Personelle Engpässe reichen im Schadensfall als Entschuldigungsgrund nicht aus [5].

Die Organisationsverantwortlichen haben auch Sorge dafür zu tragen, dass der *Ausbildungsstand* jedes einzelnen Assistenzarztes so dokumentiert wird, dass ein seinem Ausbildungsstand entsprechender Einsatz gewährleistet ist.

Auch bei der *Aufklärung* ist derjenige Arzt verantwortlich, der den Eingriff durchführt. Diese Aufgabe kann auch einem anderen Arzt übertragen werden, der den Eingriff kennt und der Patientin „ein zutreffendes Gesamtbild“ (Pelz) vermitteln kann. Selbstverständlich muss er die deutsche Sprache beherrschen.

Ein besonders wichtiger Bestandteil eines Risikomanagements ist die Organisation des *Bereitschaftsdienstes*. Er ist so zu regeln, dass „in Not- und Eilfällen der Standard eines Facharztes gewährleistet ist“ (BGH, NJW 1994, S. 3009). Bei den geburtshilflichen Abteilungen haben sich hier insbesondere die Belegabteilungen als risikofähig erwiesen. Häusliche Rufbereitschaft ist nur sinnvoll, wenn das anwesende Personal weiß, wann es überfor-

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 6 Organisatorisches Risikomanagement: Personaleinsatz

Einhaltung des Facharztstandards
Beachtung von Leitlinien und Richtlinien
Dokumentation des Ausbildungsstandes der Mitarbeiter
Korrekte Patientenaufklärung
Regelung des Bereitschaftsdienstes einschließlich der Rufbereitschaft

Tab. 7 Zehn Regeln zur Vermeidung von Haftpflichtansprüchen

1. Einhaltung der Fachbereichsgrenzen
2. Facharztstandard beachten
3. Einhaltung gesicherter Indikationen
4. Zeitgerechte und umfassende Aufklärung
5. Sorgfältige Dokumentation – besonders bei Abweichungen vom Normalverlauf
6. Gesetze und Richtlinien befolgen
7. Leitlinien und Empfehlungen beachten
8. Klare vertikale und horizontale Aufgabenverteilung einschließlich Bereitschaftsdienst
9. Patientenbeschwerden ernst nehmen
10. Kollegen bei Patienten nicht abwerten

dert und das Erscheinen des Facharztes erforderlich ist. Wenn, wie nicht ganz selten, für die Interpretation eines CTG eine Hebammenschülerin oder ein unerfahrener ärztlicher Berufsanfänger zuständig war, so begründet das einen Organisationsfehler des Krankenhausträgers.

Ein immer wieder diskutiertes Problem ist die häusliche *Rufbereitschaft* in der Anästhesie und der Geburtshilfe.

Entscheidend ist in allen Fällen, dass ein Facharzt schnell genug einsatzbereit ist. Damit ist das Thema der *Eintreffzeiten* angesprochen. Bei jeder Geburt kann es unvermutet zu Komplikationen kommen, die ein rasches Eingreifen erfordern. Der Facharztstandard ist in solchen Fällen nur gewahrt, wenn ein Erfahrener anwesend oder sein Erscheinen in wenigen Minuten gewährleistet ist. Unproblematisch ist das aber nur, wenn ein solcher Arzt im Krankenhaus anwesend und in der Lage ist, unverzüglich die Behandlung zu übernehmen.

Mit diesen Anforderungen dürfte es heute kaum vereinbar sein, die Organisation so zu gestalten, dass ein Facharzt sich *zu Hause* in Rufbereitschaft befindet.

Der Bundesgerichtshof hat es zwar 1994 (für einen Fall aus dem Jahre 1983) noch für ausreichend erachtet, dass ein Oberarzt nachts zuhause in Rufbereitschaft steht. Er hat aber offen gelassen, in welcher Zeit er den Kreißaal erreicht haben musste. Die „Empfehlungen der DGGG“ von 1996 geben eine Zeit von 10 Minu-

ten an. Es ist aber zweifelhaft, ob das zur Gewährung des Facharztstandards ausreicht. In dem vom BGH seinerzeit entschiedenen Fall musste ein Kind mit Atonie und Schnappatmung bei Apgar 2 intubiert werden. Ob mit dieser Maßnahme ohne Schaden für das Kind 10 Minuten gewartet werden konnte, erscheint fraglich. Aber selbst wenn ein Zeitraum von 10 Minuten noch tolerabel erscheint, dürfte er in praxi kaum erreichbar sein. Es ist schwer vorstellbar, dass ein zu Hause schlafender Bereitschaftsarzt innerhalb von 10 Minuten, noch dazu nach einer Autofahrt, eingriffsbereit im *Kreißaal* (nicht im *Krankenhaus!*) erscheint.

Die Rechtsprechung neigt dazu, die Anforderungen an den Bereitschaftsdienst zu verschärfen

Die neuere Rechtsprechung in Deutschland neigt daher zu der Forderung, für die geburtshilflichen Abteilungen die Rufbereitschaft eines Oberarztes zu Hause nicht für ausreichend zu halten (BGH, NJW 1998, S. 2737; OLG Hamm, Urteil vom 16.01.2002–3 U 156/00).

Dieselben Anforderungen gelten auch für die Eintreffzeiten der Anästhesisten.

Für viele Institutionen, in erster Linie für *Belegärzte* und für *kleinere geburtshilfliche Abteilungen* mit knapper Personaldecke, stellt diese Beurteilung der Rufbereitschaft zweifellos ein schwer lös-

bares Problem dar. Da die neuere Rechtsprechung aber dazu neigt, die Anforderungen an den Bereitschaftsdienst zu verschärfen, wäre es bei der Schilderung der heute aktuellen Arzthaftungssituation ein Versäumnis, auf dieses Risiko nicht hingewiesen zu haben. Es hat keinen Sinn, die Augen vor dieser Entwicklung zu verschließen. Auf jeden Fall muss der Krankenhausträger über die Regelung des Bereitschaftsdienstes genau und umfassend informiert werden. Er trägt dann im Schadensfall die Hauptverantwortung. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass auch der Chefarzt der Abteilung herangezogen werden kann (Pelz [5], S. 76).

Abschließend sind jedem verantwortlichen Arzt, der sich und seinen Mitarbeitern vermeidbare Haftpflichtansprüche ersparen möchte, zehn Regeln ans Herz zu legen, die in **Tab. 7** zusammenfasst sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E.-J. Hickl



Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht der DGGG
Fährhausstr. 17,
22085 Hamburg
ej.hickl@web.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Berg D, Seiermann B (2006) Aus Fehlern lernen. Aktuelle Erfahrungen mit 370 gynäkologisch-geburtshilflichen Schadensfällen. *Frauenarzt* 47: 212–220
- Berg D (2004) Pers. Mitteilung
- Elter C (2007) Winterthur-Versicherung, Abt. Arzthaftpflicht. DBV Winterthur, 65178 Wiesbaden (Sept. 2007)
- Hickl E-J (2006) Umfrage zur Sectiofrequenz bei Univ.-Frauenkliniken.
- Pelz FJ (2006) Ärztlicher Personaleinsatz im Krankenhaus und in der Praxis. In: Berg, Ulsenheimer (Hrsg) Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 73–87
- Rauskolb R, Wenzlaff P (2005) Der Einfluss der Geburtenzahl auf die Qualität des geburtshilflichen Handelns im Kreißaal. NPExt Rauskolb Anton Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. *Wiss. Scripten*, Zwickau
- Welsch H (2006) Letalität der Geburt. Referat 56. Kongress der DGGG, Berlin 2006 und persönl. Mitteilung 2006

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.

 Springer